

# Autoridad Para Intercambio de Información Médica de Illinois: Formulario Para No Optar Por ILHIE Connect



La Autoridad Para Intercambio de Información Médica de Illinois ("ILHIE Connect") es un servicio de red electrónica estatal, seguro que utiliza tecnología moderna para que sus médicos, especialistas, hospitales, clínicas, laboratorios, farmacias y planes de seguros de salud ("los Usuarios de ILHIE Connect") puedan compartir un resumen de su información médica por medios electrónicos para fines autorizados tales como ayudar con el tratamiento, los pagos y actividades de atención médica. Para más información sobre ILHIE Connect, visite [www.hie.illinois.gov](http://www.hie.illinois.gov). Por favor lea el "Aviso a Pacientes Sobre la Autoridad Intercambio de Información de Salud de Illinois y ILHIE Connect" entonces, si decide no optar (rechazar) ILHIE Connect para la información médica en poder del proveedor de atención médica que se identifica más adelante, complete y firme este formulario.

## No Optar Por ILHIE Connect.

Al firmar más adelante, confirmo no optar por ILHIE Connect para la información médica en poder del proveedor de atención médica identificado más adelante. Al escoger no optar, entiendo que ninguna de mi información médica en poder del proveedor de atención médica identificado más adelante estará disponible por medio de ILHIE Connect ni otros Usuarios de ILHIE Connect, incluso en una emergencia potencialmente mortal. Entiendo que incluso si opto por no compartir información por medio de ILHIE Connect, la información médica que se requiere comparta, como lo permite la ley, tal como datos de salud pública, puede compartirse mediante el Intercambio de Información Médica de Illinois ("ILHIE").

Entiendo que puedo cambiar de opinión en cualquier momento y puedo optar por ILHIE Connect al completar el formulario "Optar Por ILHIE Connect," el cual puedo conseguir del proveedor de atención médica o en <http://www.illinois.gov/sites/ilhie/Pages/ILHIEPatientParticipation.aspx>.

Por favor tenga en cuenta: No optar participar en ILHIE Connect no significa que no haya aceptado la participación en cualquier otro intercambio de información médica. Pregúntele a su proveedor de atención médica si participa en otros intercambios de información médica y si necesita completar otro formulario.

### Complete toda la siguiente información:

Nombre: \_\_\_\_\_ Segundo Nombre: \_\_\_\_\_ Apellido: \_\_\_\_\_

Apellido Previo: \_\_\_\_\_ Fecha de Nacimiento: (Ejemplo: 01/01/1990) \_\_\_\_\_

Dirección: \_\_\_\_\_

Numero de Teléfono 1: \_\_\_\_\_ Numero de Teléfono 2: \_\_\_\_\_

Correo Electrónico \_\_\_\_\_ Último cuatro (4) dígitos del seguro social (si tiene uno): \_\_\_\_\_

### Información del Proveedor de Atención Médica:

Nombre del Proveedor: \_\_\_\_\_

Dirección y Número de Teléfono del Proveedor: \_\_\_\_\_

Firma del Paciente: \_\_\_\_\_ Fecha: \_\_\_\_\_

Si el paciente tiene 12 años de edad o más, el paciente debe firmar el formulario. Si el paciente tiene 11 años de edad o menos, el padre o tutor legal del paciente debe firmar el formulario. Un tutor o representante personal con autoridad para tomar decisiones de atención médica en nombre del paciente puede firmar el formulario.

(Marque, si aplica: Padres: \_\_\_\_\_ Tutor Legal: \_\_\_\_\_)

**Presentar el formulario:** Puede presentar el formulario en una de dos maneras:

**Opción 1:** Entregue el formulario completado al proveedor de atención médica identificado arriba, o

**Opción 2:** Complete el formulario y llévelo a un notario público para que lo firme. Luego envíe el formulario a la Autoridad ILHIE. La Autoridad ILHIE hará lo posible por procesar su petición para la participación en tres días hábiles en una de las siguientes maneras:

- Envíe por Correo a: Privacy Officer  
Illinois Health Information Exchange Authority  
James R. Thompson Center  
100 W. Randolph Street, Suite 4-750  
Chicago, IL 60601
- Fax: 312-814-5073
- Escanee y envíe a: [ILHIE.Privacy@Illinois.gov](mailto:ILHIE.Privacy@Illinois.gov)
- ¿Tiene Preguntas? Comuníquese con [ILHIE.Privacy@Illinois.gov](mailto:ILHIE.Privacy@Illinois.gov)

Si usa la **Opción 2**, la siguiente sección debe completarla el notario público:

### Acknowledgment

Estado de Illinois

Condado de \_\_\_\_\_

Este instrumento fue presentado ante mí el

\_\_\_\_\_ (fecha) por

\_\_\_\_\_ (nombre de la persona)  
Quién me proporcionó una fotografía como comprobante de identificación.

(sello)

\_\_\_\_\_  
Firma del Notario Público